

Пријава за финансијску помоћ				
Одаберите локацију за услуге (одаберите све што је примјењиво)				
<input type="checkbox"/> Central Vermont Medical Center		<input type="checkbox"/> Porter Medical Center		<input type="checkbox"/> UVM Medical Center
Информације о глави домаћинства/финансијском јамцу				
Глава домаћинства	Датум рођења	Бр. социјалног осигурања	Брачни статус	Број телефона
Адреса		Град	Држава	Поштански број
Чланови домаћинства				
Наведите све чланове породице који живе у вашем домаћинству укључујући животног партнера. Животни партнер је особа која живи с вама у емотивној/интимној вези.				
Име и презиме	Датум рођења	Бр. социјалног осигурања	Однос	
Додатне информације				
Имате ли било какву полицу здравственог осигурања? Ако је одговор да, наведите информације у наставку:			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Назив осигуравајуће куће:		ИД бр.:		
Јесте ли се пријавили за покриће трошкова здравственог осигурања према програму Medicaid у Вермонту или Њујорку?			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Јесте ли се пријавили за покриће трошкова здравственог осигурања на веб-страници Health Exchange у Вермонту или Њујорку?			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли живите, радите или студирате у Вермонту?			<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Мјесечни трошкови				
Ове информације користимо како бисмо боље разумјели вашу финансијску ситуацију				
Станарина или хипотека	\$:	Лијекови	\$:	
Порез на имовину	\$:	Здравствено осигурање	\$:	
Комуналије (вода/струја)	\$:	Рачуни за здравствену заштиту	\$:	
Аутомобил (плаћање кредита за аутомобил)	\$:	Осигурање (аутомобил/имовина)	\$:	
Брига о дјечи	\$:	Алиментација/издржавање дјетета	\$:	
Животни трошкови (храна/гориво)	\$:	Друго	\$:	
Приложите додатну страницу ако постоје додатне информације о тренутној финансијској ситуацији, а које желите да нам ставите до знања. Нпр. потешкоће при плаћању рачуна, станарине или хране.				
Запослење				
	Глава домаћинства/финансијски јамац		Супружник/животни партнер	
Послодавац или заокружити ако је: (пензионер/ученик/незапослен)	\$:		\$:	
Мјесечни приход				
Бруто плата	\$:		\$:	
Приход од samozапослености	\$:		\$:	
Социјално осигурање	\$:		\$:	
Пензија/расподјела пензионог фонда	\$:		\$:	
Инвалидна (искључујући накнаду за ратне војне инвалиде [Veteran Affairs, VA])	\$:		\$:	
Незапосленост	\$:		\$:	
Приход од изнајмљивања	\$:		\$:	
Приход од дивиденди	\$:		\$:	
Други приходи:	\$:		\$:	

Наставите пријаву на полеђини

Имовина		
Готовина/уштеда/улагања		
	Глава домаћинства/финансијски јамац	Супружник / животни партнер
Текући рачун	\$:	\$:
Уштеда	\$:	\$:
Потврда о депозиту (Certificate of Deposit, CD)	\$:	\$:
Дионице/заједнички фондови	\$:	\$:
Обвезнице	\$:	\$:
Ануитети	\$:	\$:
Тржиште новца	\$:	\$:
Рачун на узајамном фонду	\$:	\$:
Друго:	\$:	\$:
Додатна имовина (Не укључује примарно боравиште)		
	Вриједност	Стање хипотеке
Викендица	\$:	\$:
Земљиште	\$:	\$:
Имовина за изнајмљивање	\$:	\$:
Потребна документација (потребна за обраду пријаве)		
<p><b>Документација о приходу је потребна ако је примјењиво</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Најновија пријава савезног пореза</li> <li>• Извјештај о добити и губитку</li> <li>• Двије посљедње платне листе</li> <li>• Писмо провјере социјалних бенефиција</li> <li>• Писана потврда зараде од послодавца</li> </ul>		<p><b>Документација о имовини је потребна ако је примјењиво</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Банковни изводи</li> <li>• Изводи инвестиционих рачуна</li> <li>• Изводи обвезница</li> <li>• Порез на секундарну имовину</li> <li>• Извод из хипотеке на секундарну имовину</li> </ul>
Прочитајте пажљиво		
<p>Тражим финансијску помоћ од партнера у Вермонту из здравствене мреже The University of Vermont Health Network. Потврђујем да су све наведене информације тачне и потпуне. Здравствена мрежа The University of Vermont Health Network има моју дозволу да провјери релевантне информације и размијени информације у вези с мојим рачунима, пријавама и попутном документацијом с придруженим пружаоцима услуга. Све нетачне, непотпуне или лажне информације могу довести до отказивања моје пријаве за финансијску помоћ. Слажем се да вратим пуни износ финансијске помоћи ако добијем било какву уплату за медицинске услуге покривене овом пријавом за финансијску помоћ. Здравствена мрежа The University of Vermont Health Network је овлаштена да добије увид у документе и извјештаје кредитне агенције, сада и убудуће, и то у сврху прикупљања. Ово одобрење се даје у складу са Статутима Вермонта, поглавље 9, одјељак 2480е. Све наведене информације остају повјерљиве у складу с одредбама савезних прописа Закона о преносивости и одговорности здравственог осигурања (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).</p>		
Потпис главе домаћинства / финансијског јамаца		Датум

Коментари / додатне информације које желите подијелити...

Пошаљите поштом своју попуњену пријаву партнеру здравствене мреже UVMHN гдје остварујете примарну здравствену заштиту. Водите рачуна о томе да приложите потребну документацију у пријави.

Central Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
PO Box 547  
Barre, VT 05641

Факс: 802-371-5339

Porter Medical Center  
Patient Financial Services Dept  
115 Porter Drive  
Middlebury, VT 05753

Факс: 802-355-5696

University of Vermont Medical Center  
Financial Assistance Program  
Patient Access Department IDX 22052  
111 Colchester Avenue  
Burlington, VT 05401

Факс: 802-847-7618